

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

С. А. Федоткина<sup>1,2</sup>, М. Г. Карайланов<sup>2</sup>, И. Т. Русев<sup>2</sup>РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ  
ТЕХНОЛОГИЙ И ФОРМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный университет,

Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

<sup>2</sup> Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,

Российская Федерация, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6

В настоящее время одной из приоритетных задач, стоящих перед государством, является оптимизация расходования бюджетных средств. Первичная медико-санитарная помощь, будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов. При организации в первичном звене здравоохранения стационарозамещающие технологии позволяют медицинским организациям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи. В статье отражены методические основы организации стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и описаны основные их виды и формы, выявлены основные показатели деятельности и критерии эффективности первичной медико-санитарной помощи. Библиогр. 13 назв. Табл. 1.

*Ключевые слова:* первичная медико-санитарная помощь, стационарозамещающие технологии, дневной стационар, эффективность работы.

## RATIONAL USE OF TECHNOLOGY AND INPATIENT FORMS OF MEDICAL CARE

S. A. Fedotkina<sup>1,2</sup>, M. G. Karailanov<sup>1</sup>, I. T. Rusev<sup>1</sup><sup>1</sup> St Petersburg State University, 7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation<sup>2</sup> Military Medical Academy named after S. M. Kirov,

6, ul. Akademika Lebedeva, St. Petersburg, 194044, Russian Federation

Currently, one of the state's most important tasks is to optimize budget spending. Primary Health Care as the most affordable, economically and socially oriented, is a central element of public health. Inpatient technology ensures efficient use of hospital beds, reduction of unnecessary hospitalizations, as well as saving resources for reserve. When organizing in primary care, inpatient medical technologies enable organizations to improve efficiency and quality of care. The article reflects the methodological bases of the organization of hospital technology in the provision of primary health care on an outpatient basis and describes their main types and forms. Key performance indicators and criteria of effectiveness of primary health care are also identified. Refs 13. Table 1.

*Keywords:* primary health care, inpatient technology, day hospital, efficiency.

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2017

## Введение

Совершенствование системы охраны здоровья населения осуществляется в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Данная программа определяет цель государственной политики в области здравоохранения, заключающуюся в улучшении состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи. Доступность достигается через создание правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, а также современному уровню развития медицинской науки и ресурсам, которыми располагают государство и граждане.

Сокращение коечного фонда стационаров в последние годы происходит за счет расширения объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и низкой востребованности коек, развернутых в стационарах с круглосуточным пребыванием [1]. Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой — необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения.

В целом за последние годы в Российской Федерации число дневных стационаров на базе медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь, увеличилось в 3,8 раза, дневных стационаров на базе больничных учреждений — в 12,4 раза, а число стационаров на дому — в 4,4 раза. При этом число пролеченных пациентов возросло в дневных стационарах на базе медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь, в 4,4 раза, в дневных стационарах на базе больничных учреждений — в 17,3 раза, а в стационарах на дому — в 3,3 раза [2].

Актуальными и значимыми в настоящее время являются повышение эффективности использования коечного фонда, внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению путем перераспределения части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный. Программой государственных гарантий предусматривается уменьшение почти на 20 % объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планируется рост доли расходов государства на первичную медико-санитарную помощь.

Несмотря на то что в научной литературе неоднократно были опубликованы данные о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в настоящее время система здравоохранения продолжает развиваться по экстенсивному пути.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение роли стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи населению, для достижения которой необходимо изучить развитие стационарозамещающих технологий, раскрыть организацию и критерии эффективности работы дневных стационаров.

Проведены анализ научной литературы по особенностям организации стационарозамещающих технологий в разных регионах России и отбор публикаций по

видам эффективности деятельности дневных стационаров: медицинской, социальной и экономической.

Методы проведения работы — аналитический, последовательный.

### Методические основы организации стационарозамещающих технологий

При принятии решения об открытии дневных стационаров необходимо изучить демографическую обстановку (возрастную структуру) в районе обслуживания, структуру заболеваемости, доступность различных видов стационарной помощи для жителей района, а также материально-техническую базу, силы и средства учреждения [3].

Целью организации дневного стационара является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов.

Профиль дневного стационара должен определяться, исходя из приоритетных задач, стоящих перед здравоохранением каждой конкретной территории (район, город, область). Контингенты пациентов, направляемых в дневной стационар, могут быть различны: дети, взрослые, женщины, лица старших возрастов. В своей деятельности дневной стационар использует диагностическую, лечебную базу и консультации специалистов того учреждения, на базе которого он развернут.

На госпитализацию в дневной стационар поликлиник целесообразно направлять следующие группы пациентов:

- за которыми после применения определенных диагностических процедур, лечебных мероприятий, в том числе оперативных вмешательств, должно осуществляться краткосрочное (в течение нескольких часов) медицинское наблюдение;

- у которых могут возникнуть неблагоприятные реакции после переливания крови и ее препаратов, внутривенного вливания кровезамещающих жидкостей и других растворов, после специфической гипосенсибилизирующей терапии и др.;

- которые нуждаются в длительном внутривенном вливании медикаментозных препаратов;

- которым показаны различные процедуры (ванны, грязевые аппликации, массаж, вытяжение и т. д.) с обязательным последующим отдыхом (релаксацией);

- которые нуждаются в проведении диагностических исследований, требующих специальной подготовки;

- которые нуждаются в проведении сложных врачебных манипуляций;

- которым требуется неотложная помощь по поводу состояний, возникших во время пребывания в поликлинике и на близлежащей территории (приступ бронхиальной астмы, пароксизм тахикардии и тахиаритмии, гипертонический криз и др.);

- которым необходимо долечивание после интенсивного лечения в условиях стационара с круглосуточным пребыванием (послеоперационные, постинсультные, постинфарктные состояния и т. д.);

- в отношении которых следует решить сложные вопросы медико-социальной экспертизы с применением дополнительных лабораторных и функциональных исследований;

- которые нуждаются в контролируемом лечении (подростки, пожилые, беременные женщины и др.);
- которым необходимы сложные реабилитационные процедуры;
- которые имеют социальные показания для пребывания в дневном стационаре и т. д.

Противопоказаниями для госпитализации в дневной стационар являются:

- тяжелое состояние пациентов, нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении и уходе;
- потребность в круглосуточном парентеральном введении препаратов;
- резко ограниченная возможность пациентов к самостоятельному передвижению;
- необходимость соблюдения обязательного круглосуточного постельного режима;
- потребность соблюдения диетического режима, выполнение которого невозможно в домашних условиях.

Дневные стационары должны ориентироваться не только на активные методы лечения и обследования, но, главным образом, на работу с пациентами старших возрастов с хроническими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет большое социальное значение, а с другой — освободит койки в стационарах круглосуточного пребывания для пациентов с острыми заболеваниями, действительно нуждающихся в стационарном лечении.

### Виды стационаророзамещающих форм оказания медицинской помощи

Дневные стационары могут быть организованы как в составе поликлиники, так и при стационаре. Они занимают промежуточное место между стационарными и амбулаторными учреждениями и обладают такими преимуществами, как регулярное (ежедневное) наблюдение за пациентом, активное лечение и обследование в объеме, близком к осуществляемому в стационаре. С другой стороны, дневные стационары сохраняют положительные черты амбулаторного лечения, главной из которых является то, что пациент находится в привычной для него среде.

Основными задачами организации и работы дневных стационаров являются:

- проведение в поликлинических условиях лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на ускорение выздоровления или улучшение состояния здоровья пациентов;
- проведение комплексного активного лечения пациентов в объемах, оказываемых в стационарных условиях, тем пациентам, которые по каким-то причинам не могут быть госпитализированы в стационар;
- рациональное использование коечного фонда стационарного лечения, прежде всего тяжелобольных пациентов;
- долечивание и адаптация отдельных контингентов пациентов после лечения в стационаре;
- повышение доступности плановой стационарной помощи пациентам;
- проведение в амбулаторных условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих или специальной подготовки, или последующего наблюдения, осуществляемых медицинским персоналом;

- расширение объема хирургических вмешательств, проводимых в амбулаторных условиях пациентам с некоторыми хирургическими, оториноларингологическими, офтальмологическими и гинекологическими заболеваниями;
- сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста по поводу наблюдаемых заболеваний;
- плановое профилактическое оздоровление пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, включая длительно и часто болеющих пациентов;
- временная госпитализация пациентов поликлиники, у которых во время посещения возникли неотложные состояния для оказания экстренной медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи или до полного купирования неотложного состояния.

### Дневные стационары в поликлиниках

Дневные стационары могут быть организованы на базе поликлиник, поликлинических отделений стационаров, диспансеров, клиник НИИ, имеющих хорошую материально-техническую базу. Мощность дневного стационара определяется в зависимости от потребности и местных условий.

Наиболее целесообразно дневной стационар располагать в отдельном крыле поликлиники, максимально приблизив его к отделению восстановительного лечения, что позволит широко применять различные физиотерапевтические процедуры, психотерапию, иглорефлексотерапию, лечебную физкультуру (ЛФК) и т. д. Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, должен включать лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение. В комплексе лечебных препаратов может быть представлен весь арсенал медицинских средств. Пациенты проходят лечение в дневном стационаре в среднем 10–12 дней. Как и в обычном стационаре, они регулярно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей и т. д. В условиях дневного стационара может также осуществляться долечивание пациентов, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима с последующей выпиской к трудовой деятельности. В дневном стационаре помимо лечения основного заболевания пациентам целесообразно проводить оздоровительные мероприятия и лечение сопутствующих заболеваний. В период лечения широко используются физиотерапия, грязелечение, массаж, ЛФК, психотерапия, иглорефлексотерапия и другие методы восстановительного лечения. В функции дневного стационара может входить оказание неотложной догоспитальной помощи тем пациентам, у которых в период обращения в поликлинику развились неотложные состояния, приступы пароксизмальной тахикардии, стенокардии, бронхиальной астмы и др. Особое внимание следует уделять диспансерной группе пациентов, для которых лечение в условиях дневного стационара проводится, как правило, с профилактической целью.

Дневной стационар позволяет повысить интенсивность и эффективность работы поликлиники, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать ресурсы поликлиники. Кроме того, открываются широкие возможности для активного оздоровления пациентов из диспансерной группы. В целом

дневной стационар способствует развитию преемственности между специалистами и службами поликлиники, обеспечивая непрерывность лечебного процесса.

Развитие стационарозамещающих технологий является особенно рациональным для поликлиники, имеющей в своем составе консультативно-диагностический центр, поскольку расширенная диагностическая база позволяет в условиях поликлиники проводить целый ряд сложных диагностических исследований, требующих последующего медицинского наблюдения. Режим работы дневного стационара предусматривает двух- или трехсменный прием пациентов. Преимущества организации дневного стационара для поликлиники — это дополнительные средства, поступающие в бюджет учреждения, так как в условиях дневного стационара тарифы выше, чем для лиц, находящихся на обычном амбулаторном лечении. Дневные стационары могут также финансироваться из других источников, не запрещенных законодательством, в них могут оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счет средств добровольного медицинского страхования и граждан.

Таким образом, лечение пациентов в стационаре дневного пребывания экономически выгодно медицинской организации, имеет преимущество в «деонтологическом» отношении — большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, что повышает эффективность лечения. Кроме того, средняя длительность лечения в дневном стационаре составляет меньше обычного срока лечения в стационаре круглосуточного пребывания.

### Дневные стационары в больницах

Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений позволяет более широко и эффективно использовать ресурсные возможности, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения: дневной стационар для более легкого контингента и стационар круглосуточного пребывания для более тяжелых пациентов, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения [4].

Главным преимуществом данной структуры при многопрофильном стационаре можно считать наличие мощных диагностической и реабилитационной баз, что позволяет иметь небольшую длительность пребывания в дневном стационаре, а также снизить среднюю длительность пребывания в круглосуточном стационаре вследствие своевременного перевода на долечивание в дневной стационар.

Организация дневного стационара как коек долечивания на базе больниц не дает большого экономического эффекта. В лучшем случае это только экономия затрат на питание пациентов. Организация дневного стационара как самостоятельного структурного подразделения на базе стационара или поликлиники с выделением штата и помещения позволяет более экономно расходовать финансовые возможности. Стоимость лечения пациентов в таком дневном стационаре почти в два раза меньше, чем в одноименном отделении стационара за счет сокращения штатной численности медицинского персонала (дежурного врача и круглосуточных постов среднего и младшего медицинского персонала), а также сокращения штатной должности буфетчицы и расходов на питание пациентов. Более выраженный экономический эффект достигается при условии работы дневного стационара в две смены. При этом необходимо понимать, что дневные стационары никогда не

смогут заменить круглосуточные. Их задача — снизить нагрузку на стационарные учреждения и стать связующим звеном между амбулаторной и стационарной медицинской помощью.

### Дневной стационар на дому

В настоящее время вопросы ухода за пациентами на дому приобретают все большее значение в России и мире. С одной стороны, это обусловлено реструктуризацией системы здравоохранения и службы социальной защиты, переориентацией первичной медико-социальной помощи населению на амбулаторное обслуживание, так как стационарное обслуживание связано с большими экономическими затратами. С другой стороны, наблюдается рост числа пожилых людей [5].

Результаты проведенных исследований показывают, что среди всех лиц, обратившихся в поликлинику за помощью на дому, доля лиц старше 60 лет составляет 60 %, а среди вызовов скорой помощи — более 65 %. Свыше 45 % всех заболеваний начинаются с вызова врача на дом, а в осенне-зимний период этот показатель достигает почти 90 %. В общем объеме помощи, оказываемой населению городскими поликлиниками, почти 30 % занимает медицинская помощь на дому. Е. Н. Индейкин определяет стационар на дому как такой вид медицинской деятельности, при котором активное лечение болезненных состояний, требующих, по прежним представлениям, стационарных условий, может осуществлять работник здравоохранения в домашних условиях [6].

Существующая на сегодняшний день система ухода на дому не охватывает достаточно большую часть граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи. Это тяжелобольные люди с далеко зашедшими хроническими заболеваниями, нуждающиеся в интенсивной медико-социальной реабилитации на дому.

Организация стационара на дому предполагает ежедневное наблюдение пациента врачом, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции) и т. д. При необходимости в комплекс лечения включаются также физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебная физкультура и др. Пациентам в стационаре на дому оказывается консультативная помощь врачами узких специальностей. Более сложные диагностические обследования (эхокардиограмма, рентгенография и пр.) производятся при наличии клинических показаний в поликлинике, куда пациенты доставляются санитарным транспортом. Медико-социальная экспертиза для них проводится на дому.

При использовании стационара на дому для лиц старшего возраста, инвалидов, особенно с целью реабилитации, следует помнить о том, что дома пациент остается один на один со своей болезнью, что значительно затрудняет его социальную адаптацию. Вместе с тем от медицинских работников требуется работа не только с пациентом, но и с членами его семьи, которые должны быть обучены правилам ухода и нуждаются в психологической поддержке [7].

## Редкие формы оказания стационарозамещающей медицинской помощи

К числу других, более редких форм стационарозамещающей медицинской помощи относятся вечерние и ночные стационары, стационары выходного дня, комплекс «дневной стационар-пансионат».

В психиатрии ночные стационары создают благоприятные условия для лечения пациентов, у которых работоспособность не страдает и сохраняется установка на продолжение работы или учебы, лечение нервно-психических расстройств, проявляющихся в ночное время (например, нарушение сна). В некоторых промышленных предприятиях функционируют ночные профилактории, на базе которых проводится плановое обследование (диспансеризация) и профилактическое лечение сотрудников предприятия. Вечерние стационары (программы) разворачивают как в комплексе с дневными стационарами в одном помещении с ними, так и самостоятельно.

Стационары выходного дня широко практикуются при профилакториях. Однако с переходом на новые условия хозяйствования станет очевидной выгода от создания в помещении дневного стационара, работающего по пятидневке, стационара выходного дня для работающих. За рубежом широко практикуется опыт коммерческих учреждений выходного дня, где клиент может получить комплекс профилактического лечения (массаж, водные процедуры, физиотерапия, лечебная физкультура).

Интересна идея комплекса «дневной стационар-пансионат», которая частично воплощена в жизнь в МНТК «Микрохирургия глаза», где пациент после операции помещается в пансионат с более широким предоставлением сервисных услуг, часть из которых он оплачивает [8]. В пансионате пациент находится на свободном режиме, однако при возникновении осложнений ему тут же оказывается соответствующая помощь.

Другой подход нужен к дневным стационарам, организованным на базе консультативно-диагностических и специализированных центров разных уровней. Главной их целью является приближение к пациенту с тем, чтобы сделать менее дорогостоящей и более доступной специализированную медицинскую помощь. В процессе поиска путей совершенствования специализированной помощи были найдены формы, близкие по содержанию к дневным стационарам. Это специализированное, курсовое амбулаторное лечение и так называемый процедурный блок [9].

Специализированное курсовое амбулаторное лечение является амбулаторным эквивалентом стационарного лечения на базе специализированного центра, получаемого пациентом при регулярных явках в центр в течение определенного времени. Разновидностью дневных стационаров, являющихся развитием идеи отделений краткосрочного пребывания на базе специализированных подразделений, являются однодневные стационары. Палаты однодневного пребывания функционируют на базе офтальмологических, гинекологических, проктологических, детских хирургических, нефрологических и других отделений. Пациентам в течение дня может быть проведено комплексное обследование и хирургическое лечение, в том числе под наркозом. Через 2–3 часа после выхода из-под наркоза и восстановления основных жизненно важных функций, а также при отсутствии осложнений пациент может быть выписан домой. При наличии проблем в лечении и самочувствии пациент остается в отделении для дальнейшего восстановления [10].

За рубежом чрезвычайно распространены амбулаторные центры на базе больниц, работающие по принципу однодневного стационара. Как правило, в состав таких центров входит в качестве одного из подразделений служба помощи на дому для тех, кто выписан из дневного стационара.

### Эффективность работы дневного стационара

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации [11].

За счет того, что режим работы дневного стационара, как правило, строится в две смены, а лечение в нем является значительно менее затратным, чем в стационаре круглосуточного пребывания, достигается увеличение числа пролеченных пациентов и сокращение круглосуточного коечного фонда [12].

Важным аспектом современной системы здравоохранения является определение того, насколько эффективна с медицинской, социальной и экономической точек зрения деятельность медицинской организации или ее подразделения, в данном случае дневного стационара (см. табл.) [13].

Основные показатели для оценки работы дневного стационара

Эффективность	Показатели и их динамика
1. Медицинская	1.1. Исходы лечения: выздоровление, улучшение состояния здоровья, без перемен, ухудшение состояния здоровья. 1.2. Сроки лечения. 1.3. Частота обострений заболеваний. 1.4. Частота послеоперационных осложнений. 1.5. Частота заживления ран первичным натяжением. 1.6. Уровень летальности при лечении в дневном стационаре
2. Социальная (путем анкетирования)	2.1. Снижение временной потери нетрудоспособности у лечившихся в дневном стационаре и более быстрое их возвращение к трудовой деятельности. 2.2. Снижение временной нетрудоспособности по причине обострений заболеваний. 2.3. Степень удовлетворения потребности населения в стационарной помощи. 2.4. Сокращение времени пациентов на стационарное лечение. 2.5. Снижение психологического травмирования пациентов и членов их семей, связанного с госпитализацией. 2.6. Отсутствие жалоб на лечение в дневном стационаре
3. Экономическая	3.1. Снижение стоимости лечения пациентов — эффективность в дневном стационаре по сравнению с таковой в стационарном отделении больницы. 3.2. Уменьшение стоимости одной койко-смены за счет интенсификации работы дневного стационара. 3.3. Снижение экономических потерь от временной нетрудоспособности пациентов, лечившихся в дневном стационаре

Необходимо отметить, что дневные стационары, как прогрессивная форма медицинского обслуживания пациентов, не исчерпали своих возможностей и требуют дальнейшего усовершенствования в процессе практической реализации. Исходя из этого, можно сделать следующие выводы:

1. Оценка эффективности стационарозамещающих технологий в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи должна быть направлена на рациональное использование ресурсов здравоохранения.
2. Стационарозамещающие технологии позволяют достигать максимального уровня медицинской, социальной и экономической эффективности в работе.
3. Стоимость оказания медицинской услуги в дневном стационаре во много раз удешевляет стоимость аналогичной услуги в стационаре круглосуточного пребывания.
4. Рациональное использование стационарозамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи способствует развитию и повышению эффективности первичной медико-санитарной помощи, являющейся основным связующим звеном системы здравоохранения в целом.

#### Литература

1. Щепин О. П. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения. М., 2011. 416 с.
2. Петрова Н. Г., Балохина С. А., Мартиросян М. М. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением. 2009. № 1 (44). С. 61.
3. Федоткина С. А. Потребность в долголетию: по результатам опроса российской молодежи // Современные исследования социальных проблем. 2011. № 2. С. 205–208.
4. Стародубов В. И., Флек В. О. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации. М., 2006. 192 с.
5. Синявский В. М. О системе статистического учета и управления в амбулаторно-поликлинической службе // ГлавВрач. 2011. № 5. С. 67–76.
6. Индейкин Е. Н. Еще раз о парадоксах отечественного здравоохранения // ГлавВрач. 2014. № 2. С. 23–24.
7. Волнухин А. В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты. М., 2010. 30 с.
8. Плиш А. В. Медико-организационные резервы совершенствования стационарозамещающих технологий. Витебск, 2006. 48 с.
9. Лаврищева Г. А. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в первичном звене здравоохранения // Здравоохранение. 2011. № 3. С. 163–172.
10. Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010. № 5 (6). С. 3–7.
11. Русев И. Т., Карайланов М. Г., Буценко С. А., Прокин И. Г. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции на тему «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении». СПб., 2016. С. 353–354.
12. Татарников М. А. Методологические основы формирования системы показателей эффективности деятельности учреждений здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2009. № 12 (99). С. 6–10.
13. Карайланов М. Г. Стационарозамещающие формы при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях // Тенденции и инновации фундаментальных и прикладных наук / под ред. И. Б. Красиной. Ставрополь: Логос, 2016. Кн. 3. С. 23–42.

**Для цитирования:** Федоткина С. А., Карайланов М. Г., Русев И. Т. Рациональное использование стационарозамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи // Вестник СПбГУ. Медицина. 2017. Т. 12. Вып. 2. С. 179–189. DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.207

## References

1. Shchepin O. P. *Effektivnost' ispol'zovaniia statsionarozameshchayushchikh tekhnologii v sisteme zdravookhraneniia* [Efficiency technologies in the inpatient health care system]. Moscow, 2011, 416 p. (In Russian)
2. Petrova N. G., Balokhina S. A., Martirosian M. M. Mnenie patsientov kak vazhnyi kriterii kachestva meditsinskoj pomoshchi [Opinion of patients as an important criterion for the quality of care]. *Problemy upravleniia zdravookhraneniem*, 2009, vol. 1 (44), pp. 59–61. (In Russian)
3. Fedotkina S. A. Potrebnost' v dolgoletii: po rezul'tatam oprosa rossiiskoi molodezhi [The need for longevity: a survey of the Russian youth]. *Sovremennyye issledovaniia sotsial'nykh problem*, 2011, no. 2, pp. 205–208. (In Russian)
4. Starodubov V. I., Flek V. O. *Effektivnost' ispol'zovaniia finansovykh resursov pri okazanii meditsinskoj pomoshchi naseleniiu Rossiiskoi Federatsii* [The effectiveness of the use of financial resources in the provision of medical care to the population of the Russian Federation]. Moscow, 2006, 192 p. (In Russian)
5. Siniavskii V. M. O sisteme statisticheskogo ucheta i upravleniia v ambulatorno-poliklinicheskoi sluzhbe [A system of statistical accounting and management in outpatient service]. *GlavVrach*, 2011, no. 5, pp. 67–76. (In Russian)
6. Indeikin E. N. Eshche raz o paradokсах otechestvennogo zdravookhraneniia [Once again about the paradoxes of national healthcare]. *GlavVrach*, 2014, no. 2, pp. 23–24. (In Russian)
7. Volnukhin A. V. *Statsionarozameshchayushchie tekhnologii v rabote vracha obshchei praktiki (semeinogo vracha): organizatsionno-ekonomicheskie aspekty* [Inpatient technology in general practitioner (family doctor)]. Moscow, 2010. 30 p. (In Russian)
8. Plish A. V. *Mediko-organizatsionnye rezervy sovershenstvovaniia statsionarozameshchayushchikh tekhnologii* [Medical and organizational reserves of improvement of hospital technology]. Vitebsk, 2006. 48 p. (In Russian)
9. Lavrishcheva G. A. Realizatsiia prioritnogo natsional'nogo proekta «Zdorov'e» v pervichnom zvene zdravookhraneniia [The implementation of the priority national project «Health» in primary care]. *Zdravookhranenie*, 2011, no. 3, pp. 163–172. (In Russian)
10. Svetlichnaia T. G., Tsyganova O. A., Borchaninova E. L. Profil' udovletvorennosti patsientov pervichnoi ambulatornoi meditsinskoj pomoshchi [Profile of patient satisfaction primary outpatient medical care]. *Problemy standartizatsii v zdravookhranении*, 2010, no. 5 (6), pp. 3–7. (In Russian)
11. Rusev I. T., Karailanov M. G., Butsenko S. A., Prokin I. G. *Statsionarozameshchayushchie formy okazaniia meditsinskoj pomoshchi v mnogoprofil'nom stacionare* [Inpatient forms of medical care in a multidisciplinary hospital]. *Materialy XII Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii na temu «Aktual'nye voprosy kliniki, diagnostiki i lecheniia v mnogoprofil'nom lechebnom uchrezhdenii»*. St. Petersburg, 2016, pp. 353–354. (In Russian)
12. Tatarnikov M. A. *Metodologicheskie osnovy formirovaniia sistemy pokazatelei effektivnosti deiatel'nosti uchrezhdenii zdravookhraneniia* [Methodological bases of formation of the system of performance indicators of health care institutions]. *Voprosy ekonomiki i upravleniia dlia rukovoditelei zdravookhraneniia*, 2009, no. 12 (99), pp. 6–10. (In Russian)
13. Karailanov M. G. *Statsionarozameshchayushchie formy pri okazanii pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi v ambulatornykh usloviakh* [Inpatient forms in primary health care on an outpatient basis]. *Tendentsii i innovatsii fundamental'nykh i prikladnykh nauk*. Ed. by I. B. Krasina. Stavropol', Logos Publ., 2016, vol. 3, pp. 23–42. (In Russian)

**For citation:** Fedotkina S. A., Karailanov M. G., Rusev I. T. Rational use of technology and inpatient forms of medical care. *Vestnik SPbSU. Medicine*, 2017, vol. 12, issue 2, pp. 179–189.  
DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.207

Статья поступила в редакцию 3 октября 2016 г.

Статья принята в печать 10 марта 2017 г.

### Контактная информация:

Федоткина Светлана Александровна — доктор медицинских наук; safedotkina@mail.ru  
Карайланов Михаил Георгиевич — кандидат медицинских наук; karaylanov@mail.ru  
Русев Илья Трифонович — доктор медицинских наук, профессор; jatros@mail.ru

Fedotkina Svetlana A. — MD; safedotkina@mail.ru  
Karailanov Mikhail G. — PhD; karaylanov@mail.ru  
Rusev Ilya T. — MD, Professor; jatros@mail.ru